



A gyermekkór etiológiája és kezelése

Jordan W. Smoller

A tudományok egyre gyorsabb fejlődése azt a sajátos ellentmondást hordozza, hogy noha szeretnénk biztonságot találni a „tudomány jelenlegi állása szerinti” tudásban, de éppen mert a tudományoknak legkevésbé sem jellegzetessége az „állás”, rá kell döbbernünk, hogy a legújabb eredmények sem nyújtanak megingathatatlan támaszt az orvos számára. Igen megbecsülni valók hát azok az áttörések, amelyek történelmi léptékekkel mérve is megbízhatónak bizonyulnak. Az alábbi írás, noha nem az utóbbi évek publikációs terméséből való, de alapvető belátásai olyanok, mint a jó bor – az idő csak jótékonyan tovább érlelte felismeréseit. Hiába azonban a korszerű információtechnológia, valahogy a cikk – megkerülhetetlen következtetései ellenére – mindmáig nem került be a legfontosabb és legtöbbet hivatkozott publikációk közé, és így nem gazdagíthatta a bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM) kincstárát.

Ezért is olyan örömteli esemény, hogy e meghatározó alkotás csak most, csak itt és csak a LAM olvasói számára végre elfoglalhatja méltó helyét a hazai recepcióban. Mert bár tudjuk, hogy az igazság manapság angolul szólal meg, de talán nem árt, ha magyarul is értik (a Ford. és a Szerk.).

A gyermekkór (childhood) egy olyan szindróma, amelyre csak az utóbbi időben kezdenek komolyan felfigyelni a klinikusok. A szindróma maga azonban egyáltalán nem új. Már a VIII. században a perzsa történész, Kidnóm utal „alacsony, zajos teremtményekre”, akik minden bizonnyal a ma „gyermekeknek” nevezett lények voltak. A gyermekek kezelése azonban századunkig ismeretlen volt, csak ez időtől vált ugyanis általánossá az úgynevezett „gyermekpszichológusok” és „gyermekpszichiáterek” működése. Azonban a klinikai mellőzöttség e

hosszú történelme ellenére, becslések szerint, a ma élő amerikaiak fele közvetlenül megtapasztalta a gyermekkórt (1). Valójában a tényleges értékek ennél sokkal magasabbak lehetnek. Hiszen az adatok önbevalláson alapultak, ezért a megfelelési vágy és a retrospektív torzítás válasszmódosító hatása érvényesülhetett. A gyermekkór különálló jelenséggént való növekvő elfogadottsága abban a javaslatban tükröződik, hogy a szindrómát építsék be az Amerikai Pszichiátriai Társaság hamarosan megjelenő, A mentális zavarok diagnosztikus és statisztikus kézikönyvének negyedik kiadásába (2), más néven DSM-IV-be. A klinikusok még mindig nem értenek egyet a gyermekkór lényeges klinikai jellemzőiben, de a javasolt DSM-IV majdnem bizonyosan tartalmazni fogja a következő alapjellegzetességeket:

- congenitalis megjelenés,
- törpe termet,
- érzelmi labilitás és éretlenség,
- tudásdeficit,
- zöldséganorexia.

A gyermekkór klinikai jellegzetességei

Noha ez a cikk a gyermekkór hagyományos kezelésének hatásosságára összpontosít, a fent említett öt klinikai jel további tárgyalást érdemel azok számára, akik kevésbé ismerik ezt a betegcsoportot.

Congenitalis megjelenés

A néhány, gyermekkórral foglalkozó szakirodalmi összefoglaló egyikében Temple-Black (3) megjegyzi, hogy a gyermekkór majdnem mindig jelen van a születéskor, noha évekig észrevétlenül zajlik vagy meghatározatlanul szubklinikális marad. Ez a megfigyelés néhány kutatót arra késztetett, hogy eltöprengjen a gyermekkór biológiai összetevőjén. Ahogy egy pszichológus megfogalmazta: „talán rövidesen abban a helyzetben leszünk, hogy megkülönböztetjük az organikus gyermekkórt a funkcionális gyermekkórtól” (4).

Törpe termet

Ez bizonyosan a gyermekkór legismertebb jele. Köztudott, hogy a gyermekek a népességgel összevetve egészében véve fizikailag alacsonyabbak. A klinikai tapasztalat valóban azt tartja, hogy az úgynevezett „kis gyermek” (vagy „csöppség”) kezelése különösen nehéz. Ezek a gyermekek infantilis magatartásukról és a belátás megdöbbentő hiányáról ismertek (5).

Érzelmi labilitás és éretlenség

A gyermekkórnak ez az aspektusa gyakran a klinikus diagnózisának egyedüli alapja. Ennek az a következménye, hogy számos, egyébként normális felnőttet



helytelenül gyermeknek diagnosztizálnak, és szükség-telen társadalmi stigmát kell elszenvedniük azért, mert mind a szakemberek, mind a barátok „gyermeknek” címkézik őket.

Tudásdeficit

Miközben számos gyermek IQ-ja normális, sőt, a normálist meghaladó szintű, majdnem mind tudás-deficitben szenved. Aki már ismert igazi gyermeket, megtapasztalta azt a frusztrációt, amelyet az okozott, hogy valamilyen általános tudást igénylő témáról próbált meg beszélgetni vele. Úgy tűnik, hogy a gyermekeknek kevés tudásuk van arról a világról, amelyben élnek. Politika, művészet és tudomány – a gyermekek nagymértékben tudatlanok e témákban. Talán e tudatlanság miatt van, de a szomorú tény az, hogy a legtöbb gyermeknek kevés olyan barátja van, akik maguk nem gyermekek.

Hüvelyes-zöldség-anorexia

Ez az utolsó azonosító vonás talán a legváratlanabb. A népi bölcsességet empirikus megfigyelés támasztja alá – a gyermekek ritkán hajlandók a zöldségből készült ételeket megenni (6).

A gyermekkór okai

Most, hogy tudjuk mi is az a gyermekkór, mit is mondhatunk annak okairól? Az utóbbi években többféle perspektívából megfogalmazott elmélet és feltevés jelent meg. A legjelentősebbek közül néhányat alább tekintünk át.

Szociológiai modell

Emile Durkind volt talán az első, aki a gyermekkór szociológiai okairól elmélkedett. Két döntő mozzanatra mutatott rá: 1. a gyermekek túlnyomó többsége munkanélküli, és 2. a gyermekek alkotják társadalmunk egyik legkevésbé iskolázott szegmensét. Becslések szerint valójában a gyermekek kevesebb mint 20%-ának van négy osztálynál magasabb iskolai végzettsége. Nyilvánvaló, hogy a gyermekek egy kirekesztett csoportot (out-group) alkotnak. Intellektuális hátrányuk miatt még szavazati joguk sincs. A szociológus szempontjából a kezelésnek arra kell irányulnia, hogy a gyermekek segítséget kapjanak abban, hogy a társadalom fő áramához asszimilálódjanak. Sajnos, néhány áldozatot annyira tönkretett a gyermekkór, hogy egyszerűen alkalmatlanná vált a munkára. Az egyik ígéretes rehabilitációs program (7) a sanyarú gyermekkór áldozatait limonádé árusítására képzi ki.

Biológiai modell

Az a megfigyelés, hogy a gyermekkór rendszerint a születéstől jelen van, arra inspirált egyeseket, hogy a biológiai összetevőkön gondolkozzanak. Egy *Flintstone* és *Jetson* (8) által végzett korai vizsgálat arra utal, hogy a gyermekkór családokban zajlik. A több mint 8000 amerikai családra kiterjedő vizsgálatuk kimutatta, hogy a családok több mint fele több mint egy gyermeket foglal magában. A további kutatás feltárta, hogy még a legtöbb nem gyermek családtagnak is volt élete egy bizonyos időszakában gyermekkór-élménye. A kultúra közti tanulmányok (vö. Mowgly és Din, 1950) arra utalnak, hogy a családi gyermekkór a Távol-Keleten még elterjedtebb. Például, indiai és kínai családokban négy családtagból akár háromnak is lehetett gyermekkórja. A gyermekkór genetikai összetevőjének hatásos bizonyítéka *Brady* és *Partridge* (9) széles körű ikerkutatásaiból származik. Ezek a szerzők – a gyermekkór konkordanciaarányát vizsgálva – 106 fölötti ikerpárt tanulmányoztak. Az azonos vagy monozigóta ikrek között a konkordancia szokatlanul magas volt (0,92), azaz amikor az egyik ikret gyermekkórral diagnosztizálták, akkor a másik iker szintén majdnem mindig gyermek volt.

A gyermekkór majdnem mindig jelen van a születéskor, noha évekig észrevétlenül zajlik.

Pszichológiai modellek

A gyermekkór fejlődésére vonatkozóan tekintélyes számú pszichológiai alapú elmélet létezik. Túlzottan számosak is ehhez az áttekintéshez. A legismertebb modellek között van *Selingman* „tanult gyermekiség” modellje. E modell szerint azok az egyének, akikkel gyermekként bánnak, végül feladják és gyermekké válnak. Az ilyen elméletek ellenpontozásaként néhány szakértő azt állítja, hogy a gyermekkór valójában nem létezik. *Szasz* a „gyermekkórt” egy hasznos érdekérvényesítő címkének nevezi. Az engedetlen vagy túl alacsony egyének alkalmazkodását úgy érzük el, hogy „gyermeknek” címkézve hátrányos helyzetbe taszítjuk őket.

A gyermekkór kezelése

A gyermekkór kezelésére tett erőfeszítések olyan régi-ek, mint maga a szindróma. De csak a modern időkben alkalmaztak humánus és szisztematikus kezelési protokollokat. A probléma iránti e fokozódó érdeklődés részben a gyermekkórban szenvedő egyének pusztaszámarányának tulajdonítható. A kormányzati statisztikák (DHHS) azt mutatják, hogy ma több gyermek van életben, mint bármikor történelmünkben. *Barnu-*



mot parafrázálva: „Minden egyes percben van egy gyermekszületés.” A gyermekek nyomasztó száma elkerülhetetlenné tette a kormányzati beavatkozást. A XIX. század gondoskodott arról az intézményről, amely egyedülállóan a legnagyobb program a gyermekkor kezelésére – az úgynevezett „népiskoláról”. E hatalmas program során az egyéneket az állapotuk súlyosságának megfelelő kezelési csoportokba osztották. Például azokat, akiket a kór a legjobban sújtott, az „óvoda-programba” helyezték el. Ezen a szinten a páciensek tipikusan alacsonyak, szertelenek, érzelmileg éretlenek és intellektuálisan fogyatékosak. Az ilyen típusú egyént figyelembe véve, a terápia lényegileg páciensmenedzsmentből és az alapkészségek (például ujjal festés) elsajátításának a segítségével áll. Sajnos, az „iskolarendszer” nagymértékben hatástalannak bizonyult. A program nemcsak nagy adóterhet jelent, hanem kudarcot vallott még abban is, hogy lassítsa a gyermekkor növekvő incidenciáját. E kudarcral és a gyermekkor fokozódó járványával szembeesülve az elmeegészségügy szakembereinek fokozott figyelmet kell fordítaniuk a gyermekkor kezelésére. Freudnak a gyermekkorról szóló, mérföldkövet jelentő értekezését elméleti keretként használva a gyermekpszichiáterek és pszichológusok nagy sikereket értek el klinikai beavatkozásaikban. Az 1950-es évekre azonban a klinikusok optimizmusa

megcsappant. Még a költséges analízisek évei után is sok áldozat maradt gyermek. A következő eset (10) tipikus.

Billy J., nyolcéves, a szülei hozták kezelésre. Billy baja fájdalmasan nyilvánvaló volt. Csak 129,5 cm magas volt, és alig nyomott 32 kilót, annak ellenére, hogy falánk módon evett. Számos kínzó tünetet mutatott. Férfihez képest a hangja feltűnően magas volt. Zöldséganorexiát mutatott, és szülei szerint gyakran visszatartotta a fürdést. Intellektuális működése szintén a normális szint alatti volt – csekély általános tudással bírt és alig tudott leírni egy nyelvtanilag jól strukturált mondatot. Szociális készségei is hiányosak voltak. Gyakran nem helyénvalóan beszélt és „nyafka viselkedést” tanúsított. Szexuális tapasztalata nem volt. Billy a nőket „vacakságnak” tekintette. A szülei arról számoltak be, hogy állapota születésétől fogva fennáll, azonban lassan javulni kezdett, miután öt éves korában iskolában helyezték el. A diagnózis „elsődleges gyermekkor”. Fájdalmas kezelésben töltött évek után Billy fokozatosan javult. Tizenegy éves korára magassága és súlya megnőtt, szociális készségei bővültek, és most elég jól funkcionál ahhoz, hogy újságkihordó legyen.

Ilyen frusztráló évek után egy megdöbbentő új bizonyíték látott napvilágot, amely arra utal, hogy a gyermekkor eseteinek prognózisa talán mégsem telje-



sen sötét. *Fudd* kritikai összefoglalójában (11) megjegyzi, hogy a gyermekkórszindróma kutatásaiból gyakran hiányzik a gondos utánkövetés. E megfigyelésen okulva *Moe*, *Larrie* és *Kirly* (12) egy széles skálájú longitudinális vizsgálatba fogott. Ezek a kutatók két csoportot tanulmányoztak. Az első csoportba 34 olyan gyermek tartozott, akik hosszú távú konvencionális kezelési programban vett részt. A másik csoportba tartozó 42 gyermek nem kapott kezelést. Az összes alanyt már legalább négy évvel korábban diagnosztizálták a gyermekkórral, átlagosan 6,4 éves kórtörténettel. Egy év múlva az eredmények megerősítették azt a klinikai tapasztalatot, hogy a gyermekkór makacs betegség – gyakorlatilag minden tünet fennállt és a kezelésben lévő csoport a kontrollhoz képest csak alig javult. A gondos 10 éven át tartó utánkövetés azonban meglepően jó eredményeket hozott. A kutatók (13) az eredeti kohorsztot számos eszközzel vizsgálták. Az általános tudást és az érzelmi érettséget standard eszközökkel mérték. A magasságot „metrikus rendszerrel” állapították meg (14), a zöldségek iránti vágyat pedig azzal a zöldségétvágytesztel (ZÉT), amelyet Popeye (15) tervezett. *Moe* és munkatársai azt találták, hogy az alanyok minden mért változó vonatkozásában egyöntetűen javultak. Valójában a legtöbb esetben az alanyok tünetmentesnek mutatkoztak. *Moe* és munkatársai 95%-os spontán remissziós rátáról számoltak be. Ez egy olyan klinikai felfedezés, amely bizonyosan forradalmasítja a gyermekkór klinikai megközelítését. Ezek az újabb eredmények arra utalnak, hogy a gyer-

mekkór áldozatainak prognózisa talán nem is olyan rossz, mint amilyentől tartottunk. De nem lehetünk önelégültek. A nyilvánvalóan magas remissziós rátája ellenére a gyermekkór az egyik legsúlyosabb és leggyorsabban terjedő betegség marad, amellyel az elmeegészségügy szakembereinek szembe kell nézniük. Ráadásul a velejáró pszichológiai fájdalomon túl, a gyermekkórt újabban számos fizikális betegséggel is összefüggésbe hozzák. Húsz évvel ezelőtt, Howdi, Doodi és Beauzeau (16) a normális kontrollcsoporttal összevetve a gyermekek körében hatszoros kockázatot mutatott ki a bárányhimlő, a kanyaró és a mumpsz vonatkozásában. Később *Barby* és *Kenn* (17) a gyermekkórt fokozott baleseti kockázattal hozta összefüggésbe – a normális felnőttekkel összehasonlítva a gyermekkór áldozatai sokkal hajlamosabbak lehorzsolni a térdüket, elveszíteni fogaikat és elesni biciklijükkal. Nyilvánvaló, sokkal több kutatást kell még folytatni ahhoz, hogy igazi reményt nyújthassunk azon áldozatok millióinak, akiket ez az alattomos betegség tönkretett.

Számos, egyébként normális felnőttet helytelenül gyermeknek diagnosztizálnak.

Köszönetnyilvánítás

A fordító köszönettel tartozik *Tánczos Juditnak* szakmai tanácsaiért.

A cikk megjelent: *Journal of Polymorphous Perversity* 1985;2(3-7). Fordította: dr. Bánfalvi Attila

IRODALOM

1. Suess DR. A psychometric analysis of green eggs with and without ham. *Journal of clinical cuisine*. 1983;245:567-78.
2. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. A preliminary report. Washington, D.C.: APA; 1990.
3. Temple-Black S. Childhood: an ever-so sad disorder. *Journal of Precocity* 1982;3:129-34.
4. Rogers F. Becoming my neighbour. New York: Soft Press; 1979.
5. Tom C. & Jerry M. Human behaviour as a model for understanding the rat. In: M. de Sade (ed.). The rewards of Punishment. Paris: Bench Press; 1967.
6. Popeye TSM. The use of spinach in extreme circumstances. *Journal of Vegetable Science* 1957;58:530-38.
7. Spanky D, Alfalfa Q. Coping with puberty. Sears catalogue. 1978. p. 45-6.
8. Flintstone F, Jetson G. Cognitive mediation of labour disputes. *Industrial Psychology Today* 1939;2:23-35.
9. Brady C, Partridge S. My dads bigger than your dad. *Acta Eur Age* 1972;9:123-6.
10. Gumbie G, Pokev P. A cognitive theory of iron-smelting. *Journal of Abnormal Metallurgy* 1957;45:235-9.
11. Fudd EJ. Locus of control and shoe-size. *Journal of Footwear Psychology* 1972;78:345-56.
12. Moe R, Larrie T, Kirly Q. State childhood vs. trait childhood. *TV Guide* 1974. May 12.
13. Moe R, Lame T, Kirly Q, Shemp C. Spontaneous remission of childhood In: Fields WC (ed.). New hope for children and animals. Hollywood: Acme Press; 1984.
14. Ruler Y. Assessing measurements protocols by the multi-method multiple regression index for the psychometric analysis of factorial interaction. *Annals of Boredom*. 1923;67:1190-260.
15. Popeye TSM. Spinach: A phenomenological perspective. *Existential botany* 1968;35:908-13.
16. Howdi C, Doodi C, Beauzeau C. Western civilization: A review of the literature. *Reader's Digest* 1965;60:23-5.
17. Barby B, Kenn K. The plasticity of behaviour. In: B. Barby & K. Kenn (eds.), *Psychotherapies 'R' Us*. Detroit: Ronco Press; 1971.

TOVÁBBI IRODALOM

1. Christ JH. Grandiosity in children. *Journal of Applied Theology* 1980;1:1-1000.
2. Joe GI. Aggressive fantasy as wish fulfilment. *Archives of General MacArthur* 1965;5:2.
3. Leary T. Pharmacotherapy for childhood. *Annals of astrological Science* 1969;67:456-9.
4. Kissoff KGB. Extinction of learnt behaviour. Paper presented to the Siberian Psychological Association, 38th Annual meeting, Kamchatka, 1975.
5. Smythe C, Barnes T. Behaviour therapy prevents tooth decay. *Journal of Behavioral Orthodontics* 1979;5:79-89.
6. Potash S, Hoser B. A failure to replicate the results of Smythe and Barnes. *Journal of Dental Psychiatry* 1980;34:678-80.
7. Smythe C, Barnes T. Your study was poorly done: A reply to Potash and Hoser. *Annual review of Aquatic Psychiatry* 1980;10:123-56.
8. Potash S, Hoser B. Your mother wears army boots: A further reply to Smythe and Barnes. *Archives of Invective Research* 1981;56:5-9.
9. Smythe C, Barnes T. Embarrassing moments in the sex lives of Potash and Hoser: A further reply. *National Enquirer*, 1982. May 16.